

## Cómo leer y comprender su declaración de explicación de beneficios (EDB) *How to Read and Understand Your Explanation of Benefits (EOB) Statement*

**Usted recibirá una declaración de explicación de beneficios (EDB) para cada solicitud que usted o su proveedor presente. El EDB explica la manera en que se manejará su solicitud. La información que se encuentra a continuación se provee para ayudarlo a comprender su explicación de beneficios.**

***You will receive an Explanation of Benefits (EOB) Statement for each claim submitted by you or your provider. The EOB explains how your claim was handled. This below information is provided to help you understand your Explanation of Benefits.***

**Haga clic sobre un número ubicado a la izquierda y lo llevará al lugar de la EDB.  
*Click on the number box to the left and it will take you to the location on the EOB.***

Este número provee información general sobre su solicitud (como por ejemplo: su nombre y número de seguro social, número grupal, nombre del paciente, número de solicitud, etc.).

*This box provides general information about your claim (such as your name and social security number, group number, patient name, claims number, etc.).*

Este número le dice la cantidad del monto total que usted debe pagar. (Usted no es responsable de ningún gasto no cubierto rechazado como resultado de un descuento de la red o debido a cargos que excedan el monto permitido para el procedimiento).

*This box tells you how much of the total amount you are responsible for paying. (You are not responsible for any non-covered charges denied as a result of a network discount or due to the charge exceeding the procedure allowance.)*

Nombre y dirección del empleado.

*Employee's name and address*

Fecha de prestación del servicio.

*Dates the services were rendered.*

Estos son los códigos de procedimiento del médico/hospital de su solicitud. Se puede encontrar una breve enumeración de éstos en el casillero número 17.

*These are the physician/hospital procedure codes from your claim. A brief description of these is listed in box #17.*

Éste es el monto total facturado por el proveedor del servicio.

*This is the total charge(s) billed by the provider of the service.*

Esto le muestra cualquier monto que no esté cubierto por los beneficios de su plan.

*This shows you any amounts that are not covered for benefits under your plan.*

A cualquier monto no cubierto se le asignará un código de no elegibilidad. El/los código/s están explicados en detalle (ver casillero número 18).

*Any non-covered amounts are assigned an ineligibility code. The code(s) are explained in detail (see box #18).*

Si se usa un proveedor preferido, esto representa el descuento acordado para el servicio. (Los proveedores preferidos deben descontar este monto).

*If a preferred provider is used, this represents the negotiated discount for the service. (Preferred providers must write-off this amount.)*

El “**Monto permitido**” es el total de cargos menos cualquier monto no cubierto y/o descuento del proveedor. Este también es el monto sobre el que se calculará su deducible, copago y coseguro, si fuese aplicable.

*The “**Allowable Amount**” is the total charges less any non-covered and/or any provider discount amounts. This is also the amount your deductible, co-payment, and coinsurance will be calculated from, if applicable.*

En este casillero se muestra cualquier monto aplicado a su deducible del año calendario, o cualquier copago aplicable. Éstos son también los montos sustraídos de sus cargos ajustados para el cálculo de su beneficio final.

*Any amounts applied towards your calendar year deductible, or any applicable co-payments are shown in this box. These amounts are subtracted from your adjusted charges for final benefit calculation.*

Esto representa cualquier monto aplicado a su coseguro del año calendario o copagos aplicables.

*This represents any amounts applied towards your calendar year coinsurance or applicable co-payments.*

Éste es el porcentaje que su plan pagó por estos cargos.

*This is the percentage your plan paid for these charges.*

Éste es el/los monto/s que en realidad son pagados por el plan.

*This is the amount(s) actually being paid by the plan.*

Dependiendo de su plan, la sección de “**ACUMULADORES**” muestra cualquier límite remanente de deducibles y máximos en efectivo.

*Depending on your plan the “**ACCUMULATORS**” section displays any deductible and Out-of-Pocket Limits remaining.*

El área “**PAGO A**” mostrará a quién se deben pagar los beneficios y la información de cheques correspondiente.

*“**PAYMENT TO**” area will display to whom benefits are payable and corresponding check information.*

El área “**CÓDIGO DE SERVICIO**” describe brevemente los códigos del médico/hospital usados en la solicitud del casillero número 5 arriba mencionado.

*“**SERVICE CODE**” area briefly describes the physician/hospital codes used on the claim from above box #5.*

El área “**DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO DE RAZÓN**” explica cualquier código de no elegibilidad mostrado en el casillero número 8 o presenta comentarios que solicitan información.

*“**REASON CODE DESCRIPTION**” area explains any ineligible code displayed in box #8 or comments requesting information.*



**Planned Administrators, Inc.**  
P.O. Box 6927  
Columbia SC 29260

Explicación de Beneficios  
*(Explanation of Benefits)*

**\*\*Muestra de Ejemplo\*\***  
**(\*\*Example Only\*\*)**

JOHNNY IMASICKY  
456 PICKUPSTICKS AVE  
ILLVILLE, SC 12345-1234

**Inscrito:** JOHNNY IMASICKY  
*(Enrollee: JOHNNY IMASICKY)*  
**Paciente:** JOHNNY IMASICKY  
*(Patient: JOHNNY IMASICKY)*  
**No de Seg. Soc.:** 123-45-6789  
*(Soc. Sec. #: 123-45-6789)*  
**Grupo:** WORKPLACE INC.  
*(Group: WORKPLACE INC.)*  
**No. de Grupo #:** 123  
*(Group #: 123)*  
**Ubicación:** 01-WORKPLACE INC.  
*(Location: 01-WORKPLACE INC.)*  
**No. de Solicitud:** 0111222-01  
*(Claim #: 0111222-01)*  
**No. de paciente:** 0123456  
*(Patient #: 0123456)*  
**Fecha:** 01/11/2001  
*(Date: 01/11/2001)*

**Monto no cubierto:** 25.00  
*(Amount Not Covered: 25.00)*  
**Monto de copago:** 0.00  
*(Co-Pay Amount: 0.00)*  
**Deducible:** 0.00  
*(Deductible: 0.00)*  
**Conseguro:** 0.00  
*(Co-Insurance: 0.00)*  
**Monto que debe al proveedor:** 25.00  
*(Amount You Owe To Provider: 25.00)*

**Explicación de beneficios para servicios prestados por:** *(Explanation of Benefits for Services Provided By:*  
**STATE HOSPITAL** *STATE HOSPITAL)*

Fechas del servicio <i>(Dates of Service)</i>	Código del servicio <i>(Service Code)</i>	Monto cobrado <i>(Charged Amount)</i>	No Cubierto <i>(Not Covered)</i>	Código de razón <i>(Reason Code)</i>	Descuento del proveedor <i>(Provider Discount)</i>	Monto permisible <i>(Allowable Amount)</i>	Monto deducible <i>(Deductible Amount)</i>	Monto por Copago <i>(Co-Pay Amount)</i>	Coseguro <i>(Co-Insurance)</i>	Pagado al <i>(Paid At)</i>	Monto de pago <i>(Payment Amount)</i>
01/20-02/06/2000	1	2,000.00	0.00	D1	2,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100%	0.00
01/20/02/06/2000	2	5,940.00	0.00	D1	0.00	5,940.00	0.00	0.00	0.00	100%	5,940.00
01/20-02/06/2000	3	25,000.00	0.00	D1	3,274.56	21,725.44	0.00	0.00	0.00	100%	21,725.44
01/20-02/06/2000	33	25.00	25.00	18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0%	0.00
<b>TOTALES</b> <i>(TOTALS)</i>		32,965.00	25.00		5,274.56	27,665.44	0.00	0.00	0.00		27,665.44

**Otros créditos o ajustes**  
*(Other Credits or Adjustments)* 0.00

**Pago neto total**  
*(Total Net Payment)* 27,665.44

**Información de beneficio de un año a la fecha**  
*(Benefit Year-To-Date Information)*

\$20 de \$100 deducibles han sido pagados.  
*(\$20 of \$100 Deductible has been met.)*

**Pago a**

*(Payment To)*  
STATE HOSPITAL

**Cheque No.**

*(Check No.)*  
00001234

**Monto**

*(Amount)*  
27,665.44

**Código de servicio** *(Service Code)*

1 CAMA Y COMIDA EN EL HOSPITAL  
1 HOSPITAL ROOM & BOARD  
2 UCI DEL HOSPITAL  
2 HOSPITAL ICU  
3 EXTRAS DEL HOSPITAL  
3 HOSPITAL EXTRAS  
33 CARGO INELEGIBLE  
33 INELIGIBLE CHARGE

**Descripción del código de razón** *(Reason Code Description)*

D1 EXCEDE EL MONTO PERMITIDO POR LO PPO, NO RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE  
D1 EXCEEDS PPO ALLOWANCE, NOT PATIENT LIABILITY  
18 NO CUBRE OBJETOS DE COMODIDAD PERSONAL  
18 PERSONAL CONVENIENCE ITEMS NOT COVERED

**Mensajes** *(Messages)*

\*\*\* LOS DESCUENTOS DEL PROVEEDOR NO SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE \*\*\* ESTO NO ES UNA FACTURA. CONSERVE ESTA NOTIFICACIÓN COMO REGISTRO \*\*\* LAS DUDAS DEBEN PLANTEARSE A PLANNED ADMINISTRATORS, INC. LLAMANDO AL (800) 768-4375 DE 8:30 a.m. A 5:00 p.m. (HORARIO ESTANDAR DEL ESTE) O ESCRIBIENDO A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA ARRIBA.

\*\*\* PROVIDER DISCOUNT IS NOT PATIENT RESPONSIBILITY \*\*\* THIS IS NOT A BILL. KEEP THIS NOTICE FOR YOUR RECORDS \*\*\* INQUIRIES SHOULD BE DIRECTED TO PLANNED ADMINISTRATORS, INC. BY CALLING (800) 768-4375 BETWEEN THE HOURS OF 8:30 a.m. and 5:00 p.m. (EST) OR BY WRITING TO THE ABOVE ADDRESS.

\*\*\* RED DE SALUD DE LOS EE.UU.  
\*\*\* USA HEALTH NETWORK